

DE LA LAPAROTOMIE

DANS SES DIVERSES INDICATIONS

ET UNE NOUVELLE APPLICATION

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le Jeudi 3 août 1882, à 3 heures de l'après-midi

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. FLEUROT (Ernest)

Né au Val-d'Ajol (Vosges)

REMIREMONT

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE MOUGIN

1882

DE LA LAPAROTOMIE

DANS SES DIVERSES INDICATIONS

ET UNE NOUVELLE APPLICATION

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le Jeudi 3 août 1882, à 3 heures de l'après-midi

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. FLEUROT (Ernest)

Né au Val-d'Ajol (Vosges)

REMIREMONT

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE MOUGIN

—
1882

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. TOURDES, ✱.

Doyen honoraire : M. STOLTZ, C ✱.

Professeurs honoraires : MM. SÉDILLOT C ✱, CAILLOT ✱, STOLTZ C ✱,
SIMONIN ✱, BACH ✱.

Médecine légale M. TOURLES ✱, professeur.
Clinique externe..... M. MICHEL ✱, professeur.
Matière médicale et thérapeutique..... M. COZE ✱, professeur.
Histologie M. MOREL ✱, professeur.
Clinique interne..... M. V. PARISOT, professeur.
Clinique obstétricale et accouchements M. HERRGOTT ✱, professeur.
M. ROUSSIL ✱, professeur-adjoint.
M. E. PARISOT, idem.
Pathologie génér. et Pathologie interne. M. HECHT, professeur.
M. DEMANGE ✱, professeur-adjoint.
Physiologie..... M. BEAUNIS ✱, professeur.
Anatomie et Physiologie pathologiques.. M. FELTZ ✱, professeur.
Chimie médicale et Toxicologie M. RITTER, professeur.
Clinique interne..... M. BERNHEIM, professeur.
Clinique externe..... M. GROSS, professeur.
Physique..... M. CHARPENTIER, professeur.
Anatomie descriptive..... M. LALLEMENT, professeur.
Hygiène..... M. POINCARRÉ ✱, professeur.
Médecine opératoire..... M. CHRÉTIEN, professeur.
Pathologie externe..... M. HEIDENREICH, professeur.
M. BÉCHET, professeur-adjoint
Botanique et Histoire naturelle médicale N. N..., professeur.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. SCHLAGDENHAUFFEN.

SPILLMANN.

E. DEMANGE.

MM. A. HERRGOTT.

GARNIER.

WEISS.

M. BONNET, Secrétaire, Agent comptable.

Examineurs de la Thèse :

M. CHRÉTIEN, président ; MM. GROSS, BÉCHET, E. PARISOT.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

QUESTIONS PROPOSÉES PAR LA FACULTÉ

- 1^{re} CHIMIE. — Analyse des gaz du sang.
- 2^{de} PHYSIQUE. — Machine pneumatique. Emploi de l'aspiration en thérapeutique.
- 3^{de} HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. — Famille des Trichotræchéliides. Trio-céphale de l'homme.
- 4^{de} ANATOMIE. — Distribution du nerf facial.
- 5^{de} HISTOLOGIE. — Oreille interne.
- 6^{de} PHYSIOLOGIE. — Nerfs vaso dilatateurs.
- 7^{de} PATHOLOGIE ET CLINIQUE EXTERNES. — De l'ostéomyélite.
- 8^{de} PATHOLOGIE ET CLINIQUE INTERNES. — Des causes et des symptômes de l'occlusion intestinale.
- 9^{de} ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — De la dégénérescence amyloïde.
- 10^{de} MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE. — De l'action pharmacodynamique des mercuriaux.
- 11^{de} MÉDECINE OPÉRATOIRE. — Résection du genou.
- 12^{de} ACCOUCHEMENTS. — De l'opération césarienne ou gastro-hystérotomie, de ses indications et des différentes méthodes d'exécution.
- 13^{de} HYGIÈNE. — Hygiène des tourneurs sur métaux.
- 14^{de} MÉDECINE LÉGALE. — Du secret en médecine.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MON GRAND-PÈRE PATERNEL

A MA MÈRE

A MON GRAND-PÈRE MATERNEL

TÉMOIGNAGE DE RECONNAISSANCE

A MA GRAND-MÈRE

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MES MAÎTRES DE MONTPELLIER ET DE NANCY

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MICHEL

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHRÉTIEN

INTRODUCTION

Monsieur le professeur Michel, dans sa clinique à l'hôpital St-Léon, a eu l'occasion de pratiquer la laparotomie dans un cas d'anus contre nature à la suite d'une hernie crurale. Comme c'était la première fois que ce procédé opératoire était employé pour aller à la recherche des extrémités intestinales, procédé dont le résultat a été couronné de succès, M. Michel a bien voulu nous communiquer son observation en nous engageant à en faire le point de départ de notre travail inaugural. Que M. le professeur Michel veuille bien accepter ici le témoignage de notre profonde reconnaissance.

Nous étudierons la laparotomie dans ses différentes indications : en gynécologie, dans les occlusions et rétrécissements intestinaux, et enfin nous terminerons par la relation complète de l'observation de M. Michel.

CHAPITRE PREMIER

De la laparotomie en gynécologie

En gynécologie la laparotomie, ou *laparo-élytrotomie*, ou *gastro-élytrotomie*, ainsi nommée par Baudelocque neveu, est une opération datant de ce siècle et destinée à remplacer l'opération césarienne ou hystérotomie. L'histoire de la gastro-élytrotomie offre deux périodes distinctes. La première ou période ancienne date du commencement de ce siècle, la seconde ou période moderne ne remonte qu'à quelques années. C'est en 1870 que cette opération qui semblait condamnée par tous les auteurs, a été de nouveau discutée et pratiquée en Amérique.

Nous allons passer rapidement en revue les travaux de Joerg, Ritgen, Physick, Baudelocque neveu, puis ceux de Gaillard Thomas et de Skene, et nous verrons, en outre, l'appréciation des différents auteurs sur la gastro-élytrotomie.

PREMIÈRE PÉRIODE (1821-1870).

L'opération césarienne semble avoir été pratiquée dès les temps les plus reculés. On raconte à ce sujet que Bacchus, fils de Jupiter, fut retiré vivant du ventre de sa mère Sémélé par Vulcain; qu'Esculape, grâce à l'heureuse intervention de son père Appollon, vit le jour dans des circonstances analogues, alors que sa mère était déjà étendue sur le bûcher qui la devait consumer. Chez les Hébreux l'opération césarienne était également pratiquée après la mort. Les anciens, en un mot, ne pratiquaient que l'opération césarienne *post mortem*.

C'est seulement depuis quelques siècles qu'on a cherché à l'aide d'une même opération, non seulement à sauver la vie de l'enfant, mais encore à conserver celle de la mère. De là est née l'hystérotomie proprement dite, opération qui consiste à sectionner la paroi abdominale avec le péritoine et la paroi utérine, puis à extraire le produit de la conception par cette voie artificielle. Malheureusement cette opération très-grave a été rare-

ment suivie de succès, au moins pour la mère ; si bien que Guéniot (1) a pu dire que pas une opération césarienne pratiquée à Paris, n'a été en ce qui concerne la mère, suivie une seule fois de succès ; et cependant cette opération a été pratiquée au moins une quarantaine de fois, et par les opérateurs les plus habiles.

Les difficultés de guérison sont dues à la section du péritoine et de l'utérus, le péritoine s'enflammant rapidement et la section de l'utérus gravidé donnant lieu à des hémorrhagies mortelles. Aussi quelques esprits, frappés de ces inconvénients ont-ils cherché à extraire le fœtus sans toucher au péritoine ni à l'utérus, à travers les parois abdominales cependant ! De là est née en second lieu la gastro-élytrotomie ou laparo-élytrotomie.

La laparo-élytrotomie est une opération qui consiste à pratiquer une ouverture dans la paroi abdominale en la divisant suivant une ligne qui irait de l'épine du pubis à l'épine iliaque antérieure et supérieure, immédiatement au-dessus du ligament de Poupart, à repousser le péritoine après l'avoir décollé, puis à ouvrir le vagin à son point de jonction avec le col de l'utérus, afin d'extraire l'enfant par cette voie, lorsque l'accouchement ne peut pas se faire par les passages naturels.

D'après Kilian (Op. Geburtshülfe, vol. 2 fig. 715), c'est à un Allemand Joerg, qu'est due la première idée de cette opération, mais il ne l'a jamais exécutée. Quelques années après en 1820, Ritgen la proposa de nouveau, mais après l'avoir modifiée ; il refoulait le péritoine, au lieu de le diviser, comme le faisait Joerg. Il la pratiqua une fois, mais sans succès. En France, A. Baudelcoque jeune en fit une thèse, mais il ne l'essaya qu'une fois et encore en partie ; la section du vagin ayant amené une hémorrhagie abondante, il fut obligé de terminer rapidement par l'opération césarienne. En 1844, L. A. Baudelcoque publia un travail ayant pour titre : Opération césarienne, élytrotomie ou section du vagin, précédée ou suivie de la ligature ou de la compression de l'artère iliaque interne. Dans ce travail sont rapportés six cas d'élytrotomie, dans l'un desquels elle a été exécutée sur le cadavre, dans un second, *in articulo mortis* ; dans les quatre autres, sur le vivant (trois de ces derniers sont dus au docteur Skene).

Les dangers sont moindres que ceux de l'hystérotomie qui sont : 1^o la

(1) Guéniot : De l'opération césarienne. Paris. Bulletin général de thérapeutique. 1870.

péritonite ; 2° la métrite ; 3° l'hémorrhagie ; 4° la prostration nerveuse (*shock*) ; 5° l'incarcération des intestins dans l'utérus ; 6° la septicémie. On évite, grâce à elle, le premier, le second et le cinquième de ces dangers, puisque ni l'utérus, ni le péritoine ne sont divisés. En outre, comme la cavité péritonéale n'est pas ouverte, la malade est beaucoup moins exposée à cette prostration nerveuse soudaine, désignée sous le nom de *shock* ; par suite enfin de la possibilité de laver constamment la plaie avec de l'eau phéniquée, la probabilité de la septicémie est de beaucoup diminuée.

Quoiqu'il ne se soit montré dans aucun des cas rapportés ici, l'accident le plus à craindre est incontestablement l'hémorrhagie, à cause de la quantité de grosses artères tortueuses qui se trouvent autour du vagin et que l'on est obligé de diviser : mais, comme si elle survenait, on pourrait l'arrêter à l'aide de la ligature, du cautère actuel ou de substances styptiques telles que le persulfate de fer, on peut se demander s'il n'est pas préférable d'en courir le risque, quand, en compensation, on est délivré du danger de la péritonite et du *shock*, et que celui de la septicémie est diminué ou du moins que son traitement est rendu beaucoup plus facile. Un autre accident contre lequel il faut se mettre en garde, est la blessure de la vessie, qui est survenue dans trois des cas rapportés et peut donner lieu à une fistule ; mais cet accident n'a pas une grande gravité et dans deux de ces cas, la guérison de la fistule s'est faite spontanément.

Voici un résumé très-succinct des deux observations personnelles de Baudelocque.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Bassin très-irrégulier de deux pouces et demi ; élytrotomie ou section latérale et sous péritonéale du vagin, suivie d'hémorrhagie ; hystérotomie, extraction de l'enfant mort ; mort de la mère quelques heures après.

SECONDE OBSERVATION.

Bassin de dix centimètres ; *éclampsie* ; section latérale et sous péritonéale du vagin ; piqûre de l'artère iliaque externe avec l'aiguille de Deschamps, ligature de l'artère iliaque *primitive* ; version, enfant mort ; péri-

tonite légère, tympanite et mort de la femme 74 heures après l'opération. (1)

En résultat, Baudelocque n'eut pas de succès. Dans le premier cas, la femme mourut d'hémorrhagie qui força l'opérateur à faire l'hystérotomie ; dans le second cas, l'aide qui tenait la masse intestinale l'ayant échappée, Baudelocque piqua l'artère iliaque externe et fut obligé de lier l'artère iliaque primitive. Mais cette seconde observation prouve que la laparo-élytrotomie aurait pu réussir.

Néanmoins la plupart des auteurs jugèrent très-sévèrement ce nouveau procédé opératoire et y renoncèrent complètement. Paul Dubois, dans le dictionnaire en 30 vol. tome VII, page 148, 1834, le blâme absolument. Il en est de même de Velpeau, dans son traité de l'art des accouchements, ainsi que de Jacquemier, Manuel des accouchements, tome II, page 505. Paris. 1846.

Plus récemment M. Tarnier a formulé son opinion de la façon suivante :

« Ces tentatives, on le voit, n'ont pas été heureuses ; l'idée de ce procédé était cependant ingénieuse, car on y trouvait le double avantage d'éviter la lésion du péritoine et de l'utérus. Malheureusement cette opération n'est guère réalisable ; la déchirure du vagin, le décollement du péritoine, les dégâts qu'on produit nécessairement dans la fosse iliaque et dans l'excavation pelvienne, la difficulté de l'extraction du fœtus, rendent l'élytrotomie encore plus redoutable que l'hystérotomie, aussi a-t-elle été complètement abandonnée. »

Enfin, M. Stoltz (2) après avoir parlé des procédés de Ritgen, Physick et Baudelocque, ajoute :

« Ces dernières et excentriques manières de pratiquer l'opération césarienne ont été imaginées dans le but d'épargner la matrice et le péritoine, à la lésion desquels on a généralement attribué les insuccès de l'opération. Il était cependant facile de prévoir que des ouvertures si peu larges, pratiquées immédiatement au-dessus du bassin ne suffiraient pas pour l'extraction du fœtus, et que l'incision du bassin et du segment inférieur de la matrice rencontreraient des difficultés insurmontables ! »

(1) A. Baudelocque. De l'élytrotomie. Mémoire 1844. Paris.

(2) Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Art. : Opération césarienne, tome VI. 1867.

DEUXIÈME PÉRIODE (1870).

La gastro-élytrotomie semblait définitivement condamnée, lorsqu'en 1870, Gaillard Thomas de New-York, tenta de la remettre en honneur dans un travail fort intéressant qu'il lut devant la « Yorker's medical Association ». Une première fois il opéra sur une femme morte depuis huit heures, l'enfant était mort aussi, mais il termine son observation en disant que « tous les assistants purent remarquer que si l'enfant avait été vivant au début de l'opération, il n'aurait certainement pas souffert. »

Dans une seconde opération la femme était à l'article de la mort, dans le coma, pouls imperceptible, cyanose, respiration bruyante, perte presque totale de la connaissance. L'enfant n'avait que sept mois, mais il pouvait être viable. La mère et l'enfant succombèrent une heure après l'opération, mais non des suites de cette dernière.

Enfin M. Alexandre Skene (1) en 1876 publia une observation de laparo-élytrotomie suivie d'un succès complet pour la mère et pour l'enfant. Une femme rachitique, 31 ans, ayant déjà eu un premier accouchement ayant nécessité la craniotomie et deux fausses couches, devint enceinte une troisième fois. Sur sa demande Skene l'opéra suivant le procédé de Thomas dont la priorité est réellement due à Ritgen. Il n'y eut qu'un seul accident, ce fut la blessure de la vessie, et Skene reconnaît que cet accident est dû à l'opérateur et non à l'opération. Au bout de trois semaines la femme était complètement guérie et nourrissait elle-même un enfant très-bien portant.

C'était la première fois que la laparo-élytrotomie donnait un succès complet. Un an après en 1877, M. Skene eut de nouveau la bonne fortune d'amener un enfant vivant et de sauver l'existence de la mère. Et cependant l'opération eut lieu dans les plus mauvaises circonstances, ainsi que les soins consécutifs, mauvaises circonstances dues aux nombreux défauts physiques et intellectuels de l'opérée. Néanmoins cette dernière guérit complètement et au bout d'un mois l'enfant, bien portant jusqu'alors, mourut, faute de soins de la part de ceux qui en avaient charge.

(1) American journal of obstetrics. Février 1876.

L'opération de la laparo-élytrotomie avait donc en 1877 deux succès complets à son actif, lorsque la même année le Dr Budin l'essaya encore sur le cadavre à la Charité à Paris et le résultat fut que l'extraction de l'enfant était facilitée par cette méthode opératoire.

Les documents que nous venons de citer dans cette seconde période ne sont pas nombreux, cependant sur cinq opérations, dont trois sur le vivant, deux ont parfaitement réussi et les deux autres sur le cadavre permettent d'espérer une extraction facile du fœtus et de ses annexes. Si la gastro-élytrotomie offre certaines difficultés et dangers, il faut néanmoins la considérer comme une opération entrée dans le domaine chirurgical et pouvant donner d'excellents résultats entre des mains habiles.

Pour compléter ce court chapitre sur la gynécologie, je dirai aussi quelques mots sur l'opération de Porro, chirurgien à Pavie. C'est un médecin américain qui le premier tenta l'amputation utéro-ovarique, mais c'est à Porro que revient l'honneur de l'avoir pratiquée suivant des règles scientifiques. C'est le 21 mai 1876 qu'eut lieu cette première opération, à Pavie. Depuis, des chirurgiens distingués, comme Müller, de Berne, l'ont pratiquée eux-mêmes en y ajoutant quelques modifications. Ainsi Porro ligaturait l'utérus et l'incisait dans la cavité abdominale même, tandis que Müller augmentait un peu l'incision abdominale, tirait l'utérus hors de la cavité, l'enlevait tout entier avec son contenu et l'incisait seulement pour en extraire le fœtus. Mais il est facile de reconnaître les inconvénients de ce procédé, qui sont : la privation d'air pour le fœtus et la difficulté de sortir à travers l'incision abdominale la matrice gravide.

Depuis Porro, l'opération a été pratiquée plus de 60 fois et les résultats obtenus permettent de porter un jugement sur une opération qui est bien entrée dans le domaine de la chirurgie obstétricale et dont les résultats sont si incontestablement supérieurs à ceux de l'opération césarienne simple.

Le manuel opératoire est à peu près le même que pour l'histérotomie avec amputation de la matrice en plus. Tarnier, une fois le col ligaturé, fait une légère incision au pédicule et déchire l'utérus au lieu de le couper et de cette manière il évite l'hémorrhagie qui est toujours à craindre et qui est souvent une dangereuse complication. La ligature du col utérin et les sutures de la paroi abdominale se font avec des fils d'argent.

Un fait remarquable constaté par Lucas-Championnière, c'est que chez

plusieurs opérées, à la suite de l'ablation des ovaires, on a vu se continuer les attaques d'hystérie ; ce qui donne à réfléchir sur la valeur de l'opération de Battey et d'Hégar, l'ovariotomie normale, au point de vue de la cure de l'hystérie.

Un autre fait également constaté et expliqué par le même chirurgien, c'est l'état du pouls chez la plupart des opérées ; il peut aller jusqu'à 140 pulsations sans augmentation sensible de température. M. Championnière prétend que cette anomalie est due « aux tiraillements que le pédicule subit dans l'opération. Il est presque toujours en effet, très-court, très-volumineux, et il contient un grand nombre de filets nerveux, d'origine sympathique. Or, la constriction violente exercée par le serre-nœud ou le clamp, les tiraillements subis par le col, par les ligaments larges et même par les insertions vaginales, suffisent amplement pour expliquer cette allure particulière du pouls. » Chez une seule opérée on a trouvé au moment de la mort le chiffre insolite de 42°,8. Ces faits montrent que la gravité de l'opération de Porro est due à une grande perturbation du système nerveux qui ne doit pas surprendre, si l'on songe à la mutilation considérable subie par les opérées.

Il va sans dire que dans les hôpitaux le pansement de Lister a été suivi dans toute sa rigueur.

Sur 55 opérations publiées dans la thèse de M. Maygrier et 2 pratiquées par M. Hergott à la Maternité de Nancy, il y a 33 bassins rachitiques, 7 ostéomalaciques, 3 ciphotiques, 2 bassins avec tumeur fibreuse, 1 avec ostéosarcome, chez une autre opérée anasarque ; œdème du poumon ; les autres sont inconnues. Sur les 57 opérées, 27 sont mortes du deuxième au sixième jour de péritonite surtout, d'hémorrhagie et une de tétanos au bout de dix jours. On a extrait 40 enfants vivants ; deux étaient morts avant l'opération ; un était non viable ; il reste 8 cas inconnus. (1)

Ces résultats, on le voit, sont magnifiques, et Maygrier comparant la gastro-élytrotomie et l'opération de Porro s'exprime ainsi en parlant de la première : « Nous ne savons ce que cette opération deviendra dans l'avenir, mais nous ne voulons constater ici qu'une seule chose : c'est qu'elle est peu abordée par les chirurgiens, tandis que les opérations de Porro se

(1) Thèse de Maygrier, Paris 1880.

multiplient tous les jours. C'est là un fait dont il faut tenir un grand compte, et cette préférence des opérateurs suffit pour affirmer les avantages de l'amputation utéro-ovarique. »

En général, dans les cas de bassins rétrécis, lorsque l'accouchement normal ne peut pas se faire, si l'on ne sacrifie pas l'enfant comme dans l'embryotomie et la céphalotripsie, c'est-à-dire que si on veut sauver la mère et le fœtus, c'est l'opération de Porro qui donne les meilleurs résultats relativement à la gastro-élytrotomie et à l'histérotomie. Théoriquement on doit toujours avoir l'enfant vivant, et les statistiques démontrent que la mère ne court pas plus de dangers quand on lui enlève la matrice entière et même moins. Il en est de même des cas de rupture de l'utérus et Pinard s'exprime ainsi : « Nous pensons que cette question (de l'opération de Porro dans le cas de rupture utérine) doit être résolue par l'affirmative. Si l'ouverture de la cavité abdominale et le simple nettoyage de cette cavité ont donné de meilleurs résultats que dans l'expectation, à fortiori, l'amputation utéro-ovarique doit-elle réussir. »

CHAPITRE SECOND

De la laparotomie dans les obstructions intestinales

Le traitement régulier de l'obstruction intestinale est une conquête de notre siècle ; non pas que les deux grandes méthodes chirurgicales, l'entérotomie et la laparotomie, soient de date récente ; cette dernière aurait été pratiquée il y a plus de deux mille ans, et Praxagoras de Cos, au dire de Coelius Aurélianus, fendait les parois de l'abdomen pour dénouer les anses intestinales. Trois cents ans plus tard, Léonides d'Alexandrie, l'aurait pratiquée. Après le long silence du moyen âge. Paul Barbette, d'Amsterdam, vers la fin du dix-septième siècle, conseille d'y recourir, et, au dix-huitième siècle, deux chirurgiens auraient par ce moyen guéri leurs malades. Mais le diagnostic était encore trop incertain, la cause de l'obstruction trop mystérieuse, et son anatomie pathologique trop vague, pour qu'une règle opératoire pût s'établir sur des bases aussi précaires, et ces tentatives hardies n'étaient, au demeurant, que d'heureuses témérités.

C'est à notre époque que l'on devait acquérir des connaissances exactes sur les divers obstacles qui provoquaient l'obstruction et l'étranglement. Les travaux de Rokitauski, de Dance, de Nélaton, de Besnier, de Laugier, de Parise ; un peu plus tard ceux de Bulteau, Casin, Bucquoy, Henrot, Doliger et Duplay, jetèrent un jour nouveau sur cette question. On sut d'une manière précise que l'obstruction intestinale pouvait tenir : 1° à *des vices de position* : invaginations, valvules, torsions ou coudures ; 2° à *des compressions* par brides, diverticules, anneaux accidentels et hernies internes, ou par des tumeurs de la cavité abdominale ; 3° à *des obturations* par corps étrangers divers : polypes, masses fécales ; enfin 4° à *des rétrécissements* dont les plus fréquents sont dus au cancer. Les plus grands efforts furent alors tentés par la clinique pour découvrir les signes qui, pendant la vie, dévoileraient le siège de l'obstruction et sa nature. Ces efforts ont été couronnés d'un certain succès, et dans bien des cas, le chirurgien expérimenté peut indiquer le point où se trouve l'obstacle et sa variété. Aussi, sous l'influence de ces travaux, la laparotomie, condamnée dans la première moitié du siècle, réclame une part de la large place que Maisonneuve et surtout Nélaton avaient faite à l'entérotomie.

Cependant la plupart des chirurgiens demeurèrent longtemps sceptiques à l'égard de ce procédé opératoire ; l'Académie elle-même en 1852, écartait toute discussion, car ouvrir la cavité abdominale paraissait alors d'une chirurgie insensée ; le péritoine à cette époque n'était guère intéressé que sous peine de mort. Aussi fallait-il y toucher le moins possible, et, sous ce rapport, la boutonnière de l'anus artificiel devait être bien moins grave que la large incision de la laparotomie. Pour vaincre cette terreur, il n'a fallu rien moins que les succès décisifs de l'ovariotomie ; lorsque les statistiques de Spencer Wells et de Kœberlé eurent démontré l'innocuité de l'ouverture abdominale, surtout après la vulgarisation du pansement de Lister, les répugnances les plus décidées ont fini par se taire, et maintenant notre génération semble devoir accepter la laparotomie comme méthode de choix dans la plupart des cas d'obstruction intestinale, grâce à ces deux raisons que nous venons de signaler : diagnostic plus précis et innocuité relative de l'acte opératoire.

Nous verrons à la fin de ce travail, dans quel cas nouveau, M. le professeur Michel a pratiqué aussi la laparotomie.

Nous n'insisterons pas sur l'innocuité de cette dernière : les travaux des ovariotomistes sont trop concordants pour que l'évidence n'éclate pas. Spencer Wells, sur 83 ovariotomies opérées et soignées suivant la méthode antiseptique, n'a eu que 6 morts. 38 opérées ont guéri en série ininterrompue.

Keyth, d'Edimbourg, est arrivé à des résultats encore plus merveilleux : il opère 306 kystes de l'ovaire. Voici la mortalité par cinquantaine :

1 ^{re} cinquantaine.	11	morts.
2 ^e —	8	—
3 ^e —	8	—
4 ^e —	6	—
5 ^e —	4	—
6 ^e —	0	—

Les 78 derniers opérées ont été traitées par la méthode antiseptique, 2 seulement sont mortes. Il y a eu une série ininterrompue de 68 succès.

Quoi ! on guérit presque tous les malades qui subissent l'ovariotomie, et l'on ne guérirait point avec plus de facilité encore des opérés chez lesquels cet acte grave, l'ablation d'un kyste doit se trouver remplacée par la simple section d'une bride, ou le dégagement d'une invagination ? En

présence de ces résultats admirables la valeur opératoire de la laparotomie ne peut pas être mise en doute un seul instant.

Cependant telle qu'elle est et si favorablement qu'on veuille la juger, on ne pensera jamais à dire qu'elle peut suffire à tout. Dans bien des cas, l'ouverture d'un anus contre nature restera la seule ressource possible. Le choix entre les deux méthodes générales entérotonomie et laparotomie sera sous la dépendance du diagnostic du siège et de la nature de l'obstruction intestinale, diagnostic encore loin d'être parfait et souvent fort délicat.

Nous allons essayer de résumer aussi succinctement que possible les raisons que le chirurgien devra invoquer à l'appui de telle ou telle opinion.

D'abord, le nombre est encore assez grand des obstructions intestinales qui se dissipent d'elles-mêmes ou cèdent au traitement médical : insufflation par le rectum, injection forcée de liquide, café à hautes doses, purgatifs, électricité ; et quelque bénigne qu'on proclame la laparotomie, on hésite devant une opération qu'un siphon d'eau de Seltz rendrait peut-être inutile. Et puis, et c'est là le secret de toutes les défaillances, que vait-on trouver le ventre une fois ouvert ? (1) Ne sait-on pas, depuis les recherches si précises de Henrot, qu'il existe des paralysies du muscle intestinal provoquées par une inflammation ? Les matières ne progressent plus, et le ballonnement, l'absence de selles, les vomissements font croire à une obstruction ; or le chirurgien serait mal venu d'ouvrir le ventre pour une péritonite. (2) Puis, s'il y a obstacle, les obstacles ne peuvent être toujours levés ; si l'étranglement tient à un rétrécissement organique, de quelle utilité sera la laparotomie ? Voyons si la clinique ne nous fournit pas des données suffisantes pour établir un diagnostic qui autorise une intervention radicale ?

FORMES CLINIQUES DE L'OBSTRUCTION INTESTINALE.

Toute affection qui s'accompagne de vomissements, de ballonnements et de suppression complète des selles peut faire croire à l'obstruction. On

(1) Peut-être un cancer inopérable ? Peut-être pas le moindre obstacle ?

(2) Voir à la fin observation VI.

vite des cas de coliques néphrétiques, hépatiques ou saturnines, certains empoisonnements confondus avec des occlusions. Nous ne saurions insister : la difficulté majeure consiste à reconnaître les pseudo-étranglements. Le diagnostic est excessivement délicat, et les plus avisés ont opéré dans des cas de péritonites. (*Verneuil, Jobert de Lamballe*). En général, les pseudo-étranglements par péritonite aiguë se différencient par le peu de durée de la localisation de la douleur, ou même une absence totale de localisation, un météorisme généralisé, égal des deux côtés du ventre, une constipation moins accusée, l'issue de quelques gaz, mais surtout par des troubles de la température ; il y a souvent un violent frisson au début ; le thermomètre peut marquer 39 ou même 40 degrés, tandis que dans l'étranglement la chaleur baisse et ne dépasse pas la normale.

Quant au siège de l'obstruction, on a quelques notions positives. Une douleur localisée en un point suffit parfois pour indiquer le lieu du mal, et si, malheureusement les exceptions sont fréquentes, il ne faut pas moins en tenir compte, surtout lorsque cette douleur est observée au début des accidents et lorsqu'elle correspond à une *tuméfaction limitée*, à une *sensation de rénitence* : il en est assez pour être fixé sur le siège. Le *ballonnement du ventre* doit être interrogé avec soin, lorsque les anses sont gonflées surtout à la périphérie, que le côlon descendant, le côlon transverse, le côlon ascendant se dessinent, sous la paroi abdominale, l'obstacle se trouve dans les dernières parties du gros intestin. Lorsque, au contraire, les flancs sont plats et que le ventre globuleux pointu, soulevé par les circonvolutions distendues de l'intestin grêle, ce sont les dernières parties de celui-ci qui sont le siège de l'obstruction. Enfin, quelquefois on a pu reconnaître que l'obstacle siégeait sur la partie moyenne du gros intestin, par la dépression du flanc gauche qui contrastait avec le développement exagéré du côté opposé. La douleur, l'existence d'une tumeur, le ballonnement du ventre donnent donc d'utiles indications. Certaines explorations, celle du rectum, par exemple, ne doivent pas être négligées. L'introduction du doigt dans le rectum, d'une sonde flexible, décèlent parfois un rétrécissement de cette partie du tube digestif, ou bien la présence d'une anse invaginée. Les injections d'eau et l'auscultation de l'intestin pendant cette injection permettent quelquefois de déterminer la hauteur de l'obstacle.

La nature de l'obstruction, bien que fort délicate, peut aussi être diagnostiquée ; cependant la notion que l'on acquiert dépasse rarement la

probabilité, elle n'atteint guère la certitude. Il faut tenir compte de la rapidité d'invasion des accidents, et à ce point de vue, les obstructions ont été divisées en *aiguës* et *chroniques*.

L'observation démontre que les obstructions aiguës, celles dont le tableau clinique rappelle l'étranglement herniaire, sont provoquées surtout par les brides, les anneaux accidentels, les collets de hernies internes, les diverticules, les volvulus, les torsions, les coudures et certaines invaginations. Les obstructions chroniques sont dues à des compressions par quelques tumeurs extérieures : kystes de l'ovaire, histéreuse; à des obstructions de toute nature : masses fécales, calculs biliaires, pierres intestinales; à certaines invaginations chroniques bien étudiées par Rafinesque; enfin, et cette classe est de beaucoup la plus importante, à des rétrécissements organiques dont la cause la plus fréquente est le cancer. Ajoutons qu'en général, le siège des obstructions aiguës est à droite, celui des obstructions chroniques à gauche, et nous aurons les éléments suffisants pour établir un diagnostic qui permettra d'intervenir avec quelque sécurité.

Nous voyons, en effet, que dans le groupe des obstructions aiguës se trouvent tous les obstacles justiciables de la laparotomie; c'est grâce à l'incision de la paroi abdominale qu'on pourra arriver jusqu'à une invagination, dénouer une anse intestinale, réduire une hernie interne, faire disparaître une torsion, lever l'étranglement des brides, des diverticules et des anneaux accidentels. Si donc les symptômes que l'on observe tiennent bien à une obstruction aiguë et ne sont pas le fait d'un pseudo-étranglement, c'est à la laparotomie que le chirurgien devra avoir recours.

A la rigueur, le diagnostic en bloc suffirait, mais on peut aller plus loin et reconnaître, dans certains cas, la variété anatomique. L'invagination qui chez les enfants est la cause presque unique de l'obstruction se fait dans les deux tiers des cas sur le gros intestin; elle provoque souvent du ténesme et des selles muco-purulentes, et l'on constate parfois, surtout dans le flanc droit, une tumeur mobile de forme ovoïde. Enfin on cite des observations où l'intestin invaginé a été senti dans le rectum, ou même a fait irruption au travers de l'anus. Les étranglements par anneaux accidentels, brides, diverticules, hernies internes, se caractérisent spécialement par l'acuité des symptômes plus graves et plus soudains que dans tout autre genre d'obstruction; les hernies internes ne pourront être soup-

connées, la hernie diaphragmatique acquise, que si les symptômes sont à gauche; et si le diaphragme a été blessé antérieurement; les hernies mésentériques et intrapéritonéales, que si elles s'accompagnent de congestion hémorroïdaire; les brides accidentelles auront été précédées d'inflammation péritonéale.

Les obstructions chroniques nécessitent plus rarement le recours à la laparotomie et ne nous intéressent alors qu'au point de vue du diagnostic. Elles comprennent certaines invaginations rarement reconnues, car Rafinesque nous dit que sur 56 observations la nature du mal ne fut établie que 16 fois sur le vivant. Les compressions par les tumeurs sont des cas d'une grande complexité et qui ne nous importent guère; les obturations cèdent parfois aux purgatifs, lorsqu'elles sont dues à des amas de matière fécale; mais la laparotomie, suivie de la taille intestinale est parfois nécessitée. lorsqu'il s'agit de corps étrangers, de pierres ou de calculs. Toutes ces affections, il est vrai, sont souvent méconnues, et leur rareté est telle que nous pouvons ne pas insister dans un travail de cette nature.

Les obstructions chroniques provoquées par les rétrécissements, et surtout par les *rétrécissements cancéreux*, ont une importance capitale. Il faut savoir les reconnaître, car on n'a guère recours pour eux à l'ouverture de l'abdomen, et on leur réserve l'entérotomie qui restera, dans l'espèce, la méthode de choix. Colotomie lombaire, anus artificiel de Littre, nous n'avons pas à discuter ce point. Ce qui nous importe, c'est que la laparotomie n'a plus ici sa raison d'être. Heureusement que le diagnostic peut s'asseoir sur des bases assez solides. L'âge du malade qui le plus souvent aura dépassé la quarantaine; le siège de l'obstruction qui dans les quatre cinquièmes des cas existe à gauche, vers l'extrémité du gros intestin, au niveau de l'S iliaque; les selles sanglantes constituent, avec la marche essentiellement chronique de la maladie, un ensemble de signes qui guiderait le chirurgien. Certainement il y a des exceptions; on a cité des cas où l'obstruction cancéreuse était de marche aiguë, et le cancer, de très-petit volume, ne pouvait être perçu par la palpation: on crut à l'existence de brides; la laparotomie fut pratiquée. Cette erreur a-t-elle été préjudiciable? Du moment que la laparotomie est une opération sans grande gravité, ne lui est-on pas redevable d'un diagnostic exact? La tumeur est trouvée, son siège précis déterminé, et l'on pratique alors l'anus artificiel. On a même été plus loin: des cancers nettement circonscrits ont été en-

levés, la partie malade de l'intestin réséquée ; on a suturé les deux bouts du tube digestif et rétabli la continuité du canal. Des observations heureuses ont confirmé cette manière de voir : celle de Reybard qui date de 1833, (1) et tout récemment la belle observation de Kœberlé que nous publierons un peu plus loin.

Cette rapide esquisse nous a montré qu'un diagnostic précis pouvait être fait dans certains cas, mais que, du reste, un diagnostic approximatif était parfois suffisant. Il faut savoir s'en contenter et prendre une promptة résolution. Toutes les fois que nous nous trouvons en présence d'une obstruction aigüe, agissons vite et pratiquons la laparotomie ; il serait facile de démontrer que cette grande léthalité, qui assombrit encore nos statistiques, tient au retard de notre intervention. Nous voyons dans la thèse de Peyrot que 125 laparotomies n'ont donné que 46 guérisons contre 79 morts, soit à peine 37 pour cent. Mais l'étude des observations est bien instructive : l'ouverture abdominale n'est guère faite avant le sixième ou le septième jour en moyenne ; le malade est déjà affaibli, prostré, algide, ou bien en proie à la péritonite. Ne peut-on pas prédire pour les obstructions intestinales une fortune analogue à celle des étranglements herniaires ? Il y a dix ans encore, opérations tardives et médiocres succès. Maintenant que l'on intervient rapidement, la mortalité est presque nulle.

MANUEL OPÉRATOIRE.

La laparotomie dans l'obstruction intestinale ne peut pas être considérée absolument comme une opération réglée ; de même que pour la kélotomie, chaque cas a sa physionomie, ses particularités, ses indications spéciales. De plus, la laparotomie est une opération urgente, sinon d'une façon aussi pressante que la trachéotomie, du moins à l'égal, ou peu s'en faut, de la kélotomie. On ne pourra donc, comme pour l'ovariotomie, choisir le lieu, l'heure, établir des conditions de séjour à part, loin de foyers d'infection, pour assurer à l'opéré toutes les chances de succès.

La méthode antiseptique palliera, en grande partie, à ces inconvénients, surtout dans les cas où l'opération a nécessairement lieu dans des endroits

(1) Bulletin de l'Académie de médecine, A. IX, p. 1031, 1843-1844.

encombrés comme les hôpitaux. Aussi doit-on s'appliquer à suivre les données du pansement de Lister aussi exactement et aussi rigoureusement que possible. Ces règles sont trop connues pour que nous ayons besoin d'en donner la description ici.

L'incision de la paroi abdominale a été faite sur divers points ; tantôt l'opérateur guidé par la sensation de l'obstacle, est allé directement à sa recherche en ouvrant le ventre juste au point suspect ; tantôt il a cherché simplement à se rapprocher du gros intestin destiné à servir de guide dans la recherche du point étranglé. Nous aurons donc :

1° L'incision de la paroi abdominale sur un point quelconque où se trouve le siège du mal pour aller directement à sa recherche.

2° Dans la direction et le voisinage du ligament de Fallope (brides, hernies réduites en masse). Si on ne tombe pas directement sur l'obstacle, on a au moins dans la fosse iliaque droite, par exemple, un guide, le cœcum.

3° Incision sur une ligne parallèle à la ligne blanche, autant de variétés que d'opérations.

4° Incision directement sur la ligne blanche comme pour l'ovariotomie.

C'est celle qui est communément adoptée ; elle permet de se porter aussi bien du côté droit que du côté gauche pour la recherche de l'obstacle ; elle donne une large voie et permet, dans les cas douteux, d'examiner plus facilement la totalité de la cavité abdominale.

La longueur donnée à l'incision a une grande importance ; elle sera proportionnée avant tout au volume du ventre, à la distension de la paroi ; on a vu souvent chez des personnes grasses, la première incision de la peau qui, tout d'abord semblait fort raisonnable, devenir insuffisante en raison de l'épaisseur du paracèle adipeux. En outre il faut tenir compte de la difficulté de réduire l'intestin hernié et d'explorer avec soin quand l'incision est petite. Elle doit avoir en moyenne de 8 à 15 centimètres.

En résumé, des diverses méthodes proposées pour la laparotomie, c'est à l'incision sur la ligne médiane qu'on doit en général accorder la préférence. Les autres ne sont applicables avec avantage que dans certains cas spéciaux.

Les précautions préliminaires exigées pour chaque opération chirurgicale grave, étant prises ; l'anesthésie, si le malade peut la supporter, étant faite avec précaution, on procède à l'opération.

Opération. — On couche convenablement le malade sur un lit et, la

vessie ayant été au préalable vidée avec la sonde, le chirurgien pratique son incision avec prudence et couche par couche, pour ne pas s'exposer à blesser l'intestin. Au fur et à mesure que des vaisseaux sont ouverts, on appliquera des pinces hémostatiques. Le péritoine étant mis à découvert, on le saisit sur un point à la partie supérieure avec une pince fine, on pratique au bistouri une petite boutonnière destinée à engager une sonde cannelée sur laquelle on incise la séreuse dans toute la longueur de la plaie.

Les anses intestinales distendues ont tendance à se précipiter en dehors, à moins d'adhérences ; on les confie à un aide qui les enveloppe de serviettes chaudes ou mieux de compresses imbibées d'une solution phéniquée tiède et les maintient sur le côté du ventre sans efforts et sans tiraillements. L'opérateur se met à la recherche de l'obstacle, avec toutes sortes de précautions, et au milieu quelquefois de grandes difficultés. Le siège de l'obstacle étant connu on pourra facilement en déterminer la nature et de là dépend la suite de l'opération.

S'agit-il d'un simple *volvulus* sans brides, sans adhérences ? On détord l'intestin et on s'assure que l'accident ne se reproduit plus.

S'agit-il au contraire d'une *invagination* ? On amène si c'est possible l'anse invaginée au bord de l'ouverture abdominale, et on essaie de dégager l'anse pénétrante. S'il y a des adhérences qu'on ne puisse rompre, il reste l'anus artificiel ou la résection.

Une bride est coupée avec ou sans ligature, cela dépend de la nature de la bride.

Dans un cas d'*anneau épiplorique*, on dégagera l'anse intestinale et pour éviter le retour d'un étranglement, on pourra inciser l'anneau.

Dans les cas de corps étrangers, on essaiera de leur faire suivre le trajet intestinal jusqu'à l'anus, ou on incisera l'intestin pour les extraire.

Enfin dans les cas de tumeur, c'est au chirurgien à juger s'il doit les opérer ou non ; et dans les cas de rétrécissement organique, on résèque l'intestin. (*Observation de Kæberlé.*) Pour les détails de cette ablation d'une partie de l'intestin voir la thèse d'agrégation de Peyrot, page 216, 1880, sur les obstructions intestinales.

L'intestin réduit, on ferme la plaie abdominale par six, huit ou dix points de suture abdominale, suivant la dimension. Enfin, s'il y a eu nécessité de laisser un ou plusieurs drains dans le ventre, l'extrémité de ces drains sera ramenée dans le bas de la plaie au moment de la dernière suture, ainsi que les fils à ligature.

Parmi les complications il faut tenir compte des vomissements, de l'hémorragie qui est rare, des blessures et des ruptures de l'intestin. Il faut autant que possible empêcher tout écoulement dans la cavité péritonéale ; c'est à l'habileté du chirurgien à prévenir ces accidents, à son sang-froid à les réparer.

OBSERVATION I^{re}.

Cas rare d'obstruction intestinale due à l'invagination d'une portion de l'intestin grêle. — Succès. (Bellamy).

(British med. journal, 1879, t. 1, p. 82).

Une femme âgée de 34 ans, est admise à Charning-Cross-Hospital, le 15 février 1879. Elle présente tous les symptômes de l'occlusion intestinale. M. Bellamy, dans le service de qui elle est placée se décide à l'opérer après avoir épuisé les moyens médicaux.

Le 19 février, il pratique, au niveau de l'anneau externe du côté droit une incision dans la pensée qu'il pouvait exister quelque obstacle à ce niveau. On ne trouve rien. Alors l'incision est agrandie et on découvre qu'une portion de l'intestin grêle est invaginée.

M. Bellamy put amener cette partie invaginée sous ses yeux, rompre les adhérences et détruire l'invagination. Quelques moments après, des vents furent rendus par la malade, puis une copieuse évacuation eut lieu. — Morphine, chloral ; — Pansement de Lister.

Le jeudi 26, quelques phénomènes de péritonite légère. — Guérison.

OBSERVATION II.

Obstruction intestinale aiguë. — Laparotomie. — Extraction d'un calcul biliaire de l'intestin grêle. — Mort par péritonite.

(Brit. med. journal, 1879, t. 11).

Une dame de bonne santé, n'ayant présenté aucun symptôme d'une maladie quelconque, est réveillée dans la nuit du 8 août 1879 par des douleurs abdominales très-vives. L'abdomen se distend très-rapidement.

Le docteur Thomas Bryant diagnostique une obstruction intestinale et

se décide à pratiquer la laparotomie. L'opération fut faite 72 heures après le début des accidents. Incision de quatre pouces sur la ligne blanche à partir de l'ombilic. Exploration des anneaux qui ne fait rien découvrir. On trouve au milieu de l'intestin un corps retenu qui paraît dur. C'était un calcul biliaire, on l'enlève en pratiquant une incision à l'intestin. Suture intestinale.

Le malade mourut au bout de huit heures.

Autopsie. — Aucune effusion de liquide dans la cavité péritonéale ; de la lymphe plastique cimentait partout les diverses parties. Il existait une péritonite très-avancée. Byrant fit voir que le calcul avait pénétré dans le duodenum par ulcération des conduits biliaires et du duodenum lui-même. Cette observation prouve une fois de plus qu'il ne faut pas retarder l'intervention chirurgicale dans les cas d'occlusion intestinale bien constatée. Dans le cas particulier, l'insuccès est dû à ce que l'opération a été faite trop tard (72 heures après le début de l'obstruction) et, en partie à la blessure mécanique produite par le calcul et qui fut le point de départ de la péritonite grave constatée à l'autopsie.

OBSERVATION III.

Laparo-herniotomie. — Gangrène intestinale. — Résection de 42 centimètres des intestins. — Guérison sans anus artificiel.

Par le professeur Cocher, (de Berne).

(Bulletin de la Société médicale de la Suisse Romande, avril 1880).

Une femme de 40 ans environ se présente à la clinique chirurgicale de Berne, avec des symptômes d'étranglement très-intenses. Elle porte depuis longtemps une hernie inguinale, grosse comme la tête d'un enfant. La hernie a commencé à être douloureuse l'avant-veille et, dès lors, elle a rejeté tout ce qu'elle avalait : elle a des accès de fortes coliques, l'abdomen est ballonné ; plus de selles, ni de vents. La première nuit, elle a pu réduire elle-même la tumeur.

Actuellement l'état est très-grave : la malade est subictérique, le ventre fortement ballonné. On découvre une hernie inguinale gauche contenant plusieurs anses d'intestins réductives. Mais si l'on introduit le doigt dans le canal inguinal, après la réduction, l'on arrive sur une grande tumeur

ronde, dure, sensible à la pression. Il devait donc y avoir hernie double dont l'une était étranglée et avait été réduite en masse.

On procéda de suite à la laparo-herniotomie. Après avoir ouvert le premier sac herniaire et réduit les anses intestinales, je prolongeai l'incision à travers les parois abdominales et j'ouvris, derrière le premier, un second sac herniaire situé dans l'abdomen en partie sur la fosse iliaque, en partie dans le petit bassin. Ce sac contenait un liquide sanguinolent et une très-grande anse d'intestin gangrené, d'un brun rougeâtre, d'une odeur fétide. Il n'y avait pas autre chose à faire que de procéder à la résection de cette partie gangrenée. En tirant fortement sur le sac, on arrivait d'abord à sentir l'anneau formé par le col herniaire péritonéal très-épaissi. Après débridement multiple, je puis tirer l'intestin hors de l'abdomen; je fis la résection de l'anse étranglée, longue de 32 centimètres. Mais après m'être convaincu que la partie supérieure offrait quelques poches fort suspectes, je risquai 10 centimètres en plus. La suture de Lambert fut appliquée. Lavage très-soigné avec une solution d'acide carbonique au 5 0/0; réduction de l'intestin dans l'abdomen. Réunion de la plaie après drainage complet.

Déjà, le second jour, la malade a des vents; le onzième jour il y a des selles abondantes; pas un instant de fièvre, aucun symptôme inquiétant. Depuis le onzième jour, il y a des selles régulières, la plaie s'est guérie de presque toute son étendue par première intention.

Remarques du professeur Kocher. — On a pratiqué bon nombre de fois la résection de l'intestin; mais, comme il est toujours très-important pour le malade d'arriver à la guérison, et que le nombre de ces heureux est très-restreint, je me permets de donner en détail le manuel opératoire suivi dans les deux cas que j'ai opérés et qui ont réussi tous deux. Il me paraît essentiel de fermer très-exactement les deux bouts de l'intestin pendant l'opération et c'est ce que je fais avec de grosses pinces semblables aux pinces hémostatiques (trois figures sont jointes au texte), qui sont appliquées aux deux bouts à la limite de la partie gangréneuse. Ensuite, on coupe l'anse intestinale, après avoir appliqué une ligature circulaire sur le mésentère à l'endroit de la résection. Suit l'application de la suture de Lambert. Je donne la préférence à cette suture interrompue à cause de la simplicité de son application; 8 nœuds ont été employés dans ce cas, toujours avec de la soie très-fine, cuite dans l'acide phénique pendant trois

heures. Comme le bout supérieur de l'intestin était dilaté, il fallut à deux reprises donner issue à son contenu pour en réduire la circonférence, de manière à pouvoir appliquer l'un contre l'autre les deux bouts de l'intestin. Enfin il faut couper l'intestin *derrière* les pinces pour se débarrasser des deux parties comprimées par elles, puis serrer les sutures. S'il existe la moindre solution de continuité, on applique encore quelques points de suture secondaire, qui ne doivent traverser que la séreuse et une partie de la tunique musculaire.

Après réduction de l'intestin bien lavé, il faut donner des lavements de laudanum assez souvent pour garantir pendant un certain temps la tranquillité de l'intestin. L'opéré est à la diète absolue. S'il y a de forts vomissements à la suite du chloroforme ou de l'acide phénique, le champagne à glace convient très-bien le plus souvent. Ce n'est qu'après la première huitaine qu'on donne des lavements de plus en plus grands d'eau tiède, dans le but d'amener des selles.

OBSERVATION IV.

Une cause rare d'ileus, par M. Friedlœnder.

(Berl. klin. Woch, 1881, n° 1).

En présentant les pièces anatomiques d'un cas d'ileus à la société médicale de Berlin, Friedlœnder faisait remarquer que sa cause était évidemment au-dessus de la valvule de Bauhin. Dans le reste du tube digestif, on constatait au milieu des liquides un grand nombre de concrétions du même genre mais plus petites, et dans l'estomac une série de grosses masses pesant ensemble 960 grammes. Les concrétions sont irrégulières, allongées ou sphériques, brunâtres; la tranche en est brillante, striée. L'estomac est le siège d'une gastrite chronique hyperplasique.

Ce cas rappelle beaucoup un fait de Langenbuck, dans lequel une énorme concrétion de l'intestin grêle fut extraite par la laparotomie, sans que l'on pût arriver à se rendre compte de sa nature. Dans le cas particulier, grâce à une enquête minutieuse, on put arriver à découvrir la vérité.

Les concrétions étaient de la laque. Il suffit de la dissoudre dans l'alcool pour en constater les principaux caractères.

Mais comment ce corps avait-il pénétré dans le tube digestif ? Nous laissons la parole à l'auteur, crainte de paraître exagérer.

« L'individu était un buveur et absorbait l'alcool sous toutes formes ; même, il était menuisier, *sous forme de vernis*.

L'alcool était immédiatement résorbé dans l'estomac, la laque se précipitait et se déposait : d'où les grosses concrétions de l'estomac dont l'une, pénétrant dans l'intestin, occasionna la mort. Cette habitude du malade était connue pendant la vie. On sut plus tard que les apprentis ébénistes de Berlin, Postdam (peut-être ailleurs !) sont très-sujets à cette habitude et que les patrons ne leur confient que des quantités bien mesurées du vernis. »

OBSERVATION V.

Cas d'invagination avec polype. — Laparotomie. — Mort.

D^r Cowpland, D^r Hulke.

(Medic. Times and Gazette, 1879, vol. 1, p. 632, clinical Society of London).

Les docteurs Cowpland et Hulke communiquent une observation d'intussusception avec polype. La laparotomie a été pratiquée le cinquième jour avec bon résultat immédiat. Mais la mort survint le septième jour.

La malade a 16 ans. Hystérique, symptômes d'obstruction intestinale. Tumeur cylindrique à la partie supérieure de la région iliaque droite. Matité au-dessous, pas de distension abdominale. Les moyens médicaux échouent. Le cinquième jour, laparotomie. En explorant le ventre, on trouve l'intussusception de l'iléon dans le cœcum. Réduction de l'invagination impossible ; on ouvre l'iléon. Grand soulagement. Les vomissements cessent ; mais au bout de 36 heures, mort par péritonite qui existait auparavant.

Autopsie. — Intussusception de trois pieds complets d'iléon à travers les 6 pouces inférieurs de l'iléon ; l'invagination s'étend à douze pouces dans le côlon. Les lèvres de la surface invaginée sont ulcérées. Beaucoup de lymphes est épanchée entre les séreuses. Le tube central de l'intestin est rempli par un caillot sanguin. La partie supérieure de ce tube est remplie par un polype dur, gros comme le petit doigt. Péritonite généralisée. Autres organes sains.

Remarques. — Dans cette observation il y avait un certain nombre de signes négatifs ; tels que, absence de mélèna, de vomissements stercoraux, ce qui en faisait une intussusception de variété rare.

A la suite de cette observation eut lieu une discussion qui peut se résumer :

1° A trouver toujours l'intervention chirurgicale trop tardive.

2° Bryant cite, à ce sujet, un cas de Saint Georg's Hospital. dans le service de M. Pollock, dont on conserve la pièce au musée du dit hôpital ;

3° Le docteur Hulke ajoute que l'hémorrhagie n'est pas un symptôme constant de l'intussusception bien qu'elle se produise le plus souvent ;

4° Le docteur Cowpland fait remarquer que dans les invaginations de l'iléon à travers la valvule iléo-cœcale, le cœcum glisse ordinairement dans le côlon et entraîne à sa suite l'iléon. Les invaginations simples de l'iléon à travers le cœcum sont rares.

OBSERVATION VI.

Henrot, thèse inaugurale, p 36.

Observation prise dans le service de Landouzy père, Reims.

En résumé : Le mardi 26 mars, cet homme était très-bien portant ; il est pris tout-à-coup de coliques très-violentes avec crampes. Trois vomissements bilieux, une selle le mardi.

Depuis ce moment, jusqu'à sa mort, c'est-à-dire pendant cinq jours, ballonnement considérable du ventre, constipation absolue ayant résisté aux drastiques répétés et donnés à forte dose, ainsi qu'aux autres moyens les plus énergiques. Cessation de la douleur vers le troisième jour, puis, bientôt réapparition de celle-ci avec vomissements fécaloïdes, renvois aigres et enfin refroidissement et mort.

Autopsie le 1^{er} avril..... Après avoir examiné la masse intestinale sans lui imprimer le moindre mouvement, j'essayai de découvrir l'obstacle en écartant avec la plus grande précaution les anses de l'intestin. Un examen attentif ne me permit pas de constater le plus léger déplacement des anses l'une par rapport à l'autre ; par conséquent, pas d'entortillement ni d'invagination.

La distension même de l'intestin permettait de voir que nulle part, il n'y avait de rétrécissement apparent à l'extérieur, rien qui révélât une inflammation du péritoine. Aucun obstacle dans le gros intestin et le rectum.

Berger raconte un autre fait dont il a été témoin dans le service du professeur Peter, à la Pitié, et qui doit être rapproché du précédent. Il s'agissait d'un malade atteint depuis plusieurs jours d'une obstruction intestinale évidente avec vomissements fécaloïdes, ballonnement du ventre, absence complète d'émissions gazeuses. Appelé pour l'opérer, Berger refusa. Le malade était sur le point de mourir, comme l'évènement le prouva. A l'autopsie, on ne put trouver aucun obstacle au cours des matières.

L'observation que le professeur Gosselin a récemment commentée à son cours dans une leçon reproduite par la *Gazette médicale de Paris* (29 mai et 5 juin 1880) est absolument pareille aux précédentes sauf que, dans ce dernier cas, une entérotomie fut pratiquée. Le malade mourut d'érysipèle.

Henrot, pour expliquer les faits de cette espèce, invoque une paralysie de l'intestin de cause inconnue. Cette idée de paralysie n'est pas récente. Avant Henrot, Nélaton s'était demandé, en voyant que certains malades opérés au cours de l'obstruction intestinale recouvraient au bout de quelques jours la défécation par l'anus normal, si chez eux, il n'y avait pas eu seulement paralysie intestinale. (Th. de Savopoulo).

Il est probable que ces troubles sont sous la dépendance d'une « excitation pathologique des nerfs sympathiques abdominaux réagissant sur l'intestin par réflexion sur les centres nerveux. Le Fort. » Cette excitation produirait la paralysie !!

CHAPITRE III.

Il est impossible de fixer d'avance toutes les conditions et circonstances où la laparotomie peut être pratiquée, car les cas qui peuvent donner lieu à une incision abdominale sont aussi nombreux et variés que les causes elles-mêmes de maladies abdominales, et ces dernières ne peuvent pas être calculées ni prévues. Qui est-ce qui aurait pu songer un instant à une obstruction intestinale à la suite d'absorption de vernis, comme dans mon observation V ? Jusqu'ici, j'ai cherché à étudier les cas les plus communs d'indications de laparotomie, mais comme je viens de le dire il en est une infinité d'autres. Je vais rapidement passer en revue ceux que j'ai rencontrés dans les auteurs que j'ai consultés pour ma thèse. Je ne ferai que les rappeler à la mémoire sans entrer dans la discussion du fond, ce qui m'entraînerait à des longueurs de développement que je n'ai pas l'intention de donner à mon travail.

1° *Utérus et ses annexes.* — On a opéré par l'abdomen toutes les tumeurs qui peuvent se rencontrer sur l'utérus et ses annexes, l'ovariotomie a été maintes fois pratiquée, ainsi que l'ablation complète de tous les organes génitaux internes de la femme ; (opération de Porro). Mais il est arrivé plusieurs fois que, par suite d'une erreur de diagnostic excusable en l'espèce, croyant opérer une tumeur utérine quelconque, le chirurgien s'est trouvé en présence d'une grossesse extra-utérine plus ou moins ancienne. Je ne veux citer qu'une observation publiée par M. Fort dans la *Gazette des Hôpitaux* du jeudi 8 juin 1882, page 524. Il s'agit d'une grossesse extra-utérine datant de huit ans et opérée à l'hôpital de Pétersbourg (Brésil) par M. Fort. Laparotomie, guérison rapide. L'opération eut lieu chez une mulâtresse âgée de 35 ans qui se plaignait d'une tumeur qui la gênait considérablement, l'empêchait de travailler et lui rendait la vie insupportable. Elle avait déjà eu trois enfants et depuis aucune grossesse. Quand elle se présenta, Fort diagnostiqua : *tumeur fibreuse* de siège indéterminé, probablement de l'ovaire. On fit l'ovariotomie. La tumeur extraite, on l'examina et on y trouva un fœtus ; la peau était jaune et grais-

seuse et dure comme du parchemin ; tous les tissus étaient indurés et la tumeur était très lourde. C'est un cas extrêmement rare dont l'opérée guérit rapidement.

2° *Rétrécissements du rectum.* — Deux cas peuvent se présenter : ou bien le rétrécissement, dû à une cause quelconque, est situé à la partie inférieure du rectum, alors extirpation de cette partie inférieure ; ou bien le rétrécissement est trop élevé, alors on fait une opération palliative, c'est-à-dire un anus contre nature, soit à la région abdominale inférieure, soit à la région lombaire postérieure et inférieure. Mais ce dernier procédé est mal commode pour l'opéré qui ne peut pas soigner facilement son anus contre nature. Les Anglais, dans ces conditions, font la colotomie qui est extra-péritoniale, et Allingham prétend que le rectum revient presque toujours à son état normal. « Pendant que les matières ne le traversent pas, l'ulcération se cicatrise et le rétablissement peut être dilaté ; les fistules se ferment aussi spontanément dans quelques cas. » Les chirurgiens français préfèrent la rectotomie linéaire. Nous ne discuterons pas la valeur de ces procédés, car au point de vue du sujet qui nous occupe, nous tombons dans les obstructions intestinales en général.

3° *Cas divers.* — La laparotomie a été pratiquée dans bien d'autres circonstances. Abscès de la fosse iliaque quand ceux-ci ne s'ouvrent pas une voie par l'intestin, sans toucher au péritoine. Extirpation des reins, de la rate, de l'estomac et des corps étrangers qu'il peut renfermer avec ou sans ouverture du péritoine. Dans ce dernier cas M. Michel a même indiqué une nouvelle méthode d'incision ; cette méthode est développée tout au long dans la thèse de M. Vimpfem (1854, Strasbourg). Ligature de l'aorte abdominale ou des iliaques ; opération de la taille hypogastrique. Le professeur Julliard, à Genève, raconte dans la *Revue médicale* de la Suisse normande, 15 avril 1881, un cas de fistule pyo-stercorale qu'il opéra et qu'il guérit. Une femme à la suite d'un abcès de la fosse iliaque ouvert par le bistouri avait vu se former huit ans après une fistule stercorale, où on trouvait un orifice cutané, un trajet fistuleux plus ou moins long et étroit, une cavité intermédiaire secrétant du pus et remplie de fongosités ; au fond de cette cavité l'orifice intestinal. Julliard fit la laparotomie, détruisit les fongosités qui réunissaient l'intestin et la paroi abdominale, ferma les deux orifices par suture de séreuse contre séreuse, car il avait incisé le péritoine, et la femme guérit rapidement. La présence de

ces fongosités intermédiaires aux deux orifices intestinal et abdominal différencie ce cas d'un simple anus contre nature. En un mot, autant de variétés de maladies chirurgicales de l'abdomen et des organes qu'il renferme, autant de laparotomies possibles.

On peut considérer deux grandes méthodes dans la laparotomie : ouverture ou non du péritoine. Dans quel cas cette ouverture se fera-t-elle ? Dans quel autre cas ne se fera-t-elle pas ? On ne peut préciser. Il est certain qu'on peut atteindre certains organes abdominaux sans léser le péritoine comme le foie, l'estomac, les reins, l'utérus, la vessie ; et quoique aujourd'hui l'ouverture du péritoine ne soit plus considérée à juste titre comme un arrêt de mort, cependant, il faut si faire se peut, éviter un organe délicat et dont l'inflammation générale est extrêmement grave. M. Michel, dans l'opération que nous publions ensuite, l'a épargné complètement.

OBSERVATION VII.

(Hôpital St-Léon, service de M. Michel, Nancy).

Guidon Louise, âgée de 35 ans, célibataire sans enfants, a toujours joui d'une santé prospère.

Au mois d'avril 1880, sans cause connue, elle fut prise subitement de coliques vives suivies bientôt de vomissements porracés ; un état général grave et une dépression physique considérable accompagnaient ces accidents. Pendant les deux jours qu'ils durèrent, la malade n'eut aucune garde-robe et vit son ventre se gonfler ; des lavements répétés eurent pour effet de rétablir la circulation des matières, après quoi le retour à la santé fut rapide.

Le 20 novembre de la même année, les symptômes d'étranglement se manifestent à nouveau et acquièrent une gravité exceptionnelle ; les coliques sont fréquentes et atrocement douloureuses, aucune matière solide, liquide ou gazeuse n'est rendue par l'anus ; des vomissements verdâtres et répétés achèvent de prostrer la patiente.

Un médecin déclare que ce sont des coliques de misère, mais il ne trouve aucune hernie intestinale.

Quatorze jours se passent ainsi dans les tortures ; c'est seulement que l'on remarque une petite tumeur comme une noix, molle, irréductible, ayant son siège à la racine de la cuisse droite, en sa partie la plus interne, au-dessous du pli de l'aîne. La peau soulevée devient rouge, tendue, douloureuse et chaude, s'amincit rapidement et s'ouvre trois jours après l'apparition de la tumeur, le 4 décembre. Du pus d'abord, puis des matières stercorales font irruption au dehors ; dès lors survient une détente rapide dans les phénomènes généraux et locaux : les coliques et les vomissements cessent, le ballonnement du ventre disparaît, l'appétit renaît.

A partir de cette époque, la totalité des fèces, en général fluides et jaunâtres, passe par la fistule ; c'est à peine si la patiente rend une ou deux fois quelque peu de matières muqueuses par le fondement. Les résidus alimentaires, que nous avons dit être peu consistants, s'échappent presque continuellement, sans périodicité aucune ; leur passage à travers le tube digestif est rapide, car, d'après l'observation de la patiente, elle a vu sortir certains aliments, encore reconnaissables, deux heures après leur ingestion.

Un mois après la formation spontanée de l'anus contre nature, se crée en dehors de lui une fistule par où passent de temps en temps quelques fèces.

Dans le cours du troisième mois, une tumeur action notable se montra au-dessus de la crête iliaque droite, un abcès chaud se déclare et s'ouvre spontanément pour donner issue à un pus abondant et de bonne nature ; mais son ouverture ne s'est point fermée, est demeurée fistuleuse, laissant échapper de temps à autre quelques liquides intestinaux.

L'appétit de cette malheureuse femme est toujours demeuré bon ; elle s'est nourrie presque exclusivement d'œufs et de viande, supportant mal les légumes ; elle était même obligée de manger beaucoup.

Les digestions toujours bonnes d'ordinaire sont devenues plus pénibles dans ces derniers temps, l'estomac semblant se fatiguer de l'excès du travail ; à dater de cette époque, l'amaigrissement s'est manifesté.

Etat actuel, 14 mai 1881. — L... G... est dans le décubitus dorso-latéral droit, la cuisse à demi-fléchie en abduction légère et rotation en dehors. Dans la partie interne du pli de l'aîne droite, se voient deux ouvertures déprimées, éloignées de un centimètre au plus l'une de l'autre ; du diamètre d'une pièce de 50 centimes environ, elles admettent facilement

l'extrémité du doigt auriculaire et se trouvent au-dessous du ligament de Poupart. Leur siège anatomique répond à la base du triangle de Scarpa : la plus interne en occupe la partie interne, la plus externe étant placée un peu plus haut et en dehors.

La peau avoisinante est le siège d'un erythème qui s'étend dans le pli fémoro-périnéal et jusque sur la grande lèvre droite. La région tout entière est profondément indurée et la tuméfaction remonte au-dessus du ligament de Poupart et au-dessus de la crête iliaque dans ses deux tiers antérieurs.

Au-dessus de la crête iliaque, à quelques centimètres en arrière de l'épine, se trouve la troisième ouverture fistuleuse entourée aussi d'un erythème assez étendu ; elle est consécutive à l'abcès développé au troisième mois de la maladie et c'est par elle que s'est produit un suintement stercoral ; aujourd'hui, elle ne donne que du pus.

Des deux ouvertures crurales, la plus externe débite la majeure partie des matières stercorales ; celles-ci sont jaunâtres, de consistance molle, d'homogénéité variable suivant le genre d'alimentation, se présentant à intervalles irréguliers avec plus ou moins de rapidité selon la nature des ingests ; les légumes, par exemple, sont expulsés au bout de deux heures, et la viande, cinq à six heures après.

Si on cherche à se rendre compte du rapport des trois orifices entre eux en introduisant séparément des bougies par chacun d'eux, on reconnaît que ceux de la racine de la cuisse ne sont séparés que par un pont cutané au-delà duquel ils se confondent dans un même cloaque.

La bougie introduite par l'ouverture sus-iliaque glisse obliquement en bas et en dedans, parallèlement à l'arcade de Fallope pour venir tomber encore dans le cloaque sus-mentionné.

On procède ensuite à la recherche des deux bouts de l'intestin ; la sonde introduite dans ce but par l'orifice crural interne pénètre assez profondément d'avant en arrière, prenant une direction oblique de bas en haut et de dehors en dedans ; elle se trouve dans un canal intestinal assez large et qui se trouve être le bout supérieur, ainsi que l'accusent les matières qui souillent l'instrument. C'est en vain que l'on cherche le bout inférieur. Le contenu de trois irrigateurs est injecté dans le rectum avant que le liquide se montre ; alors il afflue au dehors simultanément par les trois orifices, ce qui donne la certitude de la perméabilité du bout inférieur ; de nouvelles tentatives pour y engager la sonde aboutissent encore à un nouvel échec.

Les fonctions de respiration et de sécrétion sont normales ; la menstruation a cessé depuis la création de l'anus.

En somme, la malade jusqu'ici bien conservée, est parvenue au commencement de la période de réparation insuffisante.

Du 16 au 20 mai, on fait dans le rectum des injections d'eau dans l'intention de le dilater et de préparer ainsi le passage futur des matières. D'abord le contenu de trois irrigateurs suffit pour que l'eau sorte par l'anus anormal, puis cinq sont nécessaires dans les derniers jours pour obtenir ce résultat.

Le 20, M. le D^r Michel se propose d'appliquer sur l'éperon une pince de Koeberlé en guise d'entérotome ; l'opération projetée est ainsi conçue :

1^{er} temps : Section du pont de peau intermédiaire aux ouvertures crurales, permettant de rechercher le segment intestinal inférieur dont on ne connaît point encore la situation.

2^e temps : Saisir l'éperon qui forme valvule, avec la pince qui restera à demeure.

Après anesthésie préalable, on opère la section cutanée ; puis, grâce à une injection d'eau poussée dans le rectum, on introduit dans le bout inférieur une sonde en gomme, ainsi que l'atteste l'écoulement qui se fait alors à plein tube. Le segment supérieur que l'on s'attendait à retrouver facilement, ainsi qu'on l'avait fait dans les précédentes explorations, demeure introuvable malgré toutes les recherches opérées dans la direction connue. Force est donc d'ajourner le traitement curatif. Un pansement phénique est appliqué sur la plaie.

Par la suite, on tamponne l'orifice crural avec une éponge préparée, espérant que cette occlusion artificielle forcerait les fèces à reprendre leur cours normal ; mais le seul résultat de cette tentative est de procurer des coliques assez fortes et une débâcle abondante lors de l'enlèvement de l'éponge ; aucune matière solide ou gazeuse n'a été émise par l'anus.

Le toucher digital permet de reconnaître l'existence d'une poche assez vaste, formée sans doute par l'ancien sac herniaire adhérent à l'intestin, et sur les parois de laquelle s'abouche directement le segment intestinal inférieur ; de plus, il existe latéralement, et en communication avec celle-ci vers sa partie inféro-interne, une poche secondaire revêtue d'une muqueuse plissée, poche dans laquelle le bout supérieur de l'intestin déverse son contenu. Il résulte de cette disposition que le niveau de l'orifice du

segment intestinal inférieur siège en un point beaucoup plus élevé que celui correspondant à l'abouchement du segment supérieur. Deux sondes introduites successivement dans chacune des cavités intestinales font voir que l'ouverture de la portion supérieure se trouve sur un plan antérieur à celle de la portion terminale.

Ces renseignements étant acquis, l'opération définitive est fixée au 23 mai.

M. le D^r Michel a proposé cette fois, en se créant une voie artificielle à travers la paroi abdominale, de plonger directement dans le cloaque, afin de reconnaître sûrement les deux extrémités de l'intestin et y appliquer l'entérotome.

Cette manœuvre n'est point sans danger, car outre la rencontre de l'artère épigastrique qui sera facile à éviter, il reste à craindre de dépasser les limites des adhérences péritonéales et d'ouvrir ainsi cette grande cavité séreuse. En se rapprochant le plus possible de l'arcade de Fallope, on est en droit d'espérer d'échapper à cette grave complication, ce qui autorise à entreprendre la kélotomie.

La patiente est amenée à la période d'anesthésie chirurgicale.

Une incision parallèle à l'arcade de Fallope et à un centimètre au-dessus d'elle s'étend de l'épine du pubis à l'éminence iléo-pectinée. La peau, les deux lames du fascia superficialis, les aponévroses des muscles grand et petit oblique, le transverse et le fascia transversalis sont successivement coupés dans une dissection lente et ménagée; l'artère épigastrique, se montrant vers l'angle externe de la plaie, est coupée entre deux ligatures.

On aperçoit alors, sous forme d'une membrane bleuâtre à l'aspect d'un vieux sac herniaire, la paroi du cloaque correspondant, selon toute apparence, à cette poche latérale au sac et où débouche la partie supérieure de l'intestin. Une sonde introduite par l'ouverture inguino-crurale et contournant l'arcade de Fallope vient soulever cette paroi que l'on ponctionne sur la sonde elle-même et agrandit ensuite dans une étendue de quatre centimètres.

L'intérieur du cloaque offre l'apparence d'une muqueuse. Par cette ouverture chirurgicale, le doigt est introduit dans le segment intestinal supérieur qui se dirige en haut et en dedans, puis, en passant par l'ouverture de l'anus accidentel, une sonde est conduite dans le bout inférieur que l'on découvre, ainsi qu'il avait été diagnostiqué, en arrière du segment

supérieur et débouchant plus haut que lui. Le doigt laissé dans la plaie opératoire est séparé de la sonde par une double lame fibreuse qui constitue l'éperon, véritable valvule interceptant le cours des matières.

Les deux branches de l'entérotome sont introduites par l'anus accidentel et placées, l'une dans le grand cloaque et la portion inférieure de l'intestin, l'autre dans la poche terminale du bout supérieur, puis on opère la constriction en s'assurant que l'éperon seul est saisi par les mors de l'instrument.

L'opération est terminée, la suture seule reste à faire quand, sous l'influence d'un effort de vomissement, les adhérences du sac avec le péritoine pariétal se rompent et une masse épiploïque et intestinale de la grosseur des deux poings fait irruption par la plaie. On remédie à cet accident par la réduction immédiate de toute la masse herniée qui n'est point heureusement souillée et on applique des sutures sur l'ouverture du sac afin d'éviter les fusées stercorales dans la cavité péritonéale. Les fils de cette suture profonde sont laissés au dehors, puis on réunit les lèvres de la section abdominale au moyen de fils métalliques.

Une simple feuille de coton constitue le pansement, puis l'opérée est transportée avec précaution dans son lit, les cuisses relevées par un coussin pour relâcher les parois abdominales.

On ne permet à la patiente qu'un peu d'eau fraîche et on place à ses côtés une gardienne avec mission de soutenir la suture pendant les efforts de vomissements.

La journée est assez calme ; du hoquet et des vomissements bilieux sans odeur spéciale se renouvellent à différentes reprises, mais ils semblent dus à l'action du chloroforme, attendu qu'il n'existe qu'une douleur abdominale médiocre et que le ventre demeure souple. Le pouls est petit, peu fréquent, assez ample. Aucune matière ne s'est écoulée le long de l'entérotome. Coliques passagères.

A huit heures du soir, cathétérisme vésical. La nuit se passe sans accident autre que les vomissements verdâtres, mais l'opérée trouve peu de repos. A deux heures du matin, elle doit être sondée.

A la visite du 1^{er} juin, on remarque que quelques matières intestinales se sont échappées sur les côtés de l'entérotome. Les bords de la plaie sont tuméfiés, très-douloureux à la pression ainsi que la partie abdominale circonvoisine. Le ventre est un peu météorisé ; on entend des gaz intesti-

naux circulant avec bruit. Le hoquet et les vomissements inodores continuent. Fièvre modérée.

Le même état de choses persiste la journée durant. Le soir, on remarque un peu d'humidité stercorale filtrant par le milieu de la plaie opératoire dont les sutures sont tirillées à ce niveau. La malade a uriné spontanément. Elévation thermique médiocre ; pouls à 120, peu dépressible.

La nuit est assez bonne, les vomissements diminuent de fréquence ; coliques passagères.

Le 2 au matin, on constate que des fèces semi-liquides ont coulé en assez grande abondance entre les lèvres de la plaie ; on enlève les fils du milieu pour leur laisser un libre écoulement et éviter une fuite dans la cavité péritonéale.

Deux vomissements seulement ont lieu dans le cours de la journée ; les matières intestinales sortent librement, tant par la plaie opératoire que par l'anus accidentel.

A minuit survient un dernier vomissement, puis l'opérée tombe dans un sommeil calme et réparateur.

A la visite du 3, on la trouve avec une face bonne et reposée ; le pouls est ample, régulier, égal, à 110. L'écoulement des fèces est facile ; on lève les derniers points de la suture abdominale, il n'y a point de réunion. La tuméfaction du voisinage existe encore, mais la sensibilité y est moins vive.

Quoique la sortie du contenu de l'intestin soit facile, la malade ressent encore quelques coliques dans les jours qui suivent, mais aucun gaz ne pénètre dans le bout inférieur. Les forces se relèvent, car l'opérée commence à prendre du lait et du bouillon.

Dans la nuit du 4 au 5 juin, après quelques coliques, garde-robe spontanée, la première depuis les accidents d'étranglement.

Le 5 juin au matin (13^e jour après l'opération), l'entérotome est retiré sans aucune sensation de résistance. Le même jour, il y a encore deux selles semi-moulées, ce qui n'empêche pas qu'une grande quantité de fèces s'écoule par les plaies.

A partir de ce jour, la patiente a 2 ou 3 garderobes en 24 heures, et l'écoulement par les deux autres ouvertures en est d'autant diminué. L'appétit et les forces reviennent. L'anus anormal se rétrécit ; la tuméfaction des environs de la plaie abdominale diminue, la cicatrisation par seconde intention s'effectue.

Du 14 au 16 juin, il ne passe plus aucun détritns intestinal par la plaie opératoire dont la réunion est complète dans les trois quarts de son étendue ; l'écoulement par l'ouverture accidentelle est minime.

Le 18, passage abondant des fèces par la plaie opératoire.

Le 21, il n'existe plus qu'un léger suintement ; il reste seulement un quart de la plaie à cicatriser. Amélioration de l'état général.

Dans le courant d'août, l'occlusion de la plaie opératoire est définitive ; l'anus anormal se resserre, mais laisse toujours passer des liquides. Le trajet qui conduit de l'anus anormal à l'orifice sus-iliaque suppure encore ; on y passe un drain pour favoriser l'écoulement du pus et l'exciter au bourgeonnement.

Devant la persistance de la suppuration de ce trajet, M. le Pr agrégé Weiss, suppléant le Pr Michel, l'incise sur une étendue de huit centimètres dans sa partie la plus externe, répondant à la crête iliaque (septembre).

En octobre, état stationnaire de l'anus accidentel ; la partie incisée du trajet iliaque bourgeonne, mais sans tendance aucune à la cicatrisation. Du pus et parfois des liquides stercoraux remontent par le drain.

La malade a une ou deux garderobes chaque jour ; son appétit est faible ; de temps à autre elle a quelques coliques avec météorisme abdominal. A la palpation, on sent distinctement la corde mésentérique étendue de la colonne vertébrale à l'anus anormal.

Les mois de novembre et décembre n'apportent aucune modification locale, mais l'état général empire. La patiente qui ne s'est point encore levée s'affaiblit, a presque constamment des régurgitations, vomit souvent, et cependant on ne trouve rien du côté de l'abdomen qui motive ces accidents.

Le gonflement qui existait à la racine de la cuisse augmente sensiblement, la paroi abdominale se tuméfie aux environs de l'orifice accidentel, mais il n'y a aucune rougeur.

Dans le courant de janvier 1882, une légère bouffissure de la face conduit à examiner les urines que l'on trouve chargées d'albumine. Le régime lacté que l'on institue doit être abandonné au bout de quelques jours, attendu qu'il paraît augmenter la fréquence des vomissements.

L'albuminurie continue avec oscillations, la faiblesse s'accroît ; peu à peu, tous les aliments sont intolérés.

Au commencement d'avril, la tuméfaction de la cuisse et des parois

abdominales augmente. La patiente vomit toujours ; les garderobes sont normales, et de temps à autre seulement il s'écoule quelques matières semi-liquides par l'orifice crural.

Le 11 avril, elle se plaint d'une chaleur mordicante avec douleur au niveau du pli de l'aîne ; on y constate en effet une tache érysipélateuse de deux largeurs de main.

Les jours suivants, l'érysipèle envahit la cuisse, une grande partie de l'abdomen, de la fesse, des lombes ; les parties atteintes se couvrent de larges phlyctènes noirâtres avec mortification de la peau sous-jacente. C'est au milieu des accidents de cet érysipèle gangréneux que cette malheureuse succombe le 14 avril 1882.

Autopsie. — L'orifice extérieur de l'anus contre nature est constitué par une dépression infundibuliforme peu profonde dont les parois sont formées par la peau froncée et rouge. Au fond de cet entonnoir, on rencontre deux ouvertures situées l'une au-dessus de l'autre ; la plus inférieure est celle qui communique avec l'intestin, la supérieure communique avec un trajet fistuleux qui longe le pli de l'aîne dans toute son étendue au-dessous de l'aponévrose fémorale, et qui communique dans sa partie moyenne, comme nous le verrons, avec d'autres trajets que nous décrirons plus tard.

L'orifice de l'anus mesure environ un centimètre de diamètre et conduit dans une sorte de cloaque qui envoie des prolongements en divers sens. Le plus important est celui qui fait communiquer ce cloaque avec l'intestin ; il mesure environ deux centimètres d'étendue et vient s'ouvrir par un large orifice dans l'intestin grêle, à peu près à 20 centimètres de la valvule iléo-cacale. En examinant cette partie de l'intestin, on constate que les deux portions de l'anse ont à peu près le même calibre et ne sont plus séparées l'une de l'autre par la saillie de leur face mésentérique. Le calibre du tube digestif a donc été rétabli en ce point, quoique cependant, l'éperon primitif soit encore indiqué par une saillie très-peu accentuée, située juste au niveau de l'insertion mésentérique. Ajoutons que le trajet de l'anus contre nature est situé en dedans des vaisseaux fémoraux.

Les autres trajets émanant du cloaque ont des directions très-diverses ; l'un d'eux descend en dedans des vaisseaux fémoraux dans l'étendue de trois centimètres, un autre se dirige vers la branche horizontale du pubis et à la même longueur environ que le premier, un troisième enfin, beaucoup plus étendu, se dirige en arrière et en haut et en dehors, passe au-

dessous des vaisseaux fémoraux et conduit dans une cavité assez large située entre le fascia iliaca et le muscle iliaque, et remonte jusqu'à l'origine des vaisseaux iliaques externes. Ces derniers sont situés dans la paroi antérieure de cette cavité. Celle-ci communique d'autre part, par un orifice très-large situé en dehors des vaisseaux fémoraux, avec le trajet fistuleux qui longe l'arcade crurale et que nous avons décrit en commençant.

En résumé, partent du cloaque, outre le trajet [de l'an]us contre nature, trois prolongements fistuleux dont le principal situé sous l'aponévrose iliaque communique avec celui du pli de l'aîne, et, par suite, fait communiquer ce dernier avec les autres. Tous sont entourés par un tissu cellulaire induré, enflammé, et on remarque que le périoste n'a pas échappé à l'inflammation, car on rencontre sur divers points du squelette de la région des productions osseuses sous périostiques. La capsule articulaire coxo-fémorale présente à la partie moyenne de sa face antérieure [une] aiguille osseuse de 2 centimètres de longueur et développée dans son épaisseur, sans connexion avec les os voisins.

Quant à la plaie faite par M. Michel, pour aller à la recherche du bout intestinal, elle est cicatrisée en ce qui concerne la peau, mais au-dessous de la peau on trouve un trou dans les aponévroses et ce trou communique avec l'infundibulum de l'intestin.

La poche et les trajets contiennent une matière stercoro-purulente.

La pièce est conservée dans les collections de la Faculté.

CHAPITRE IV.

Dans les différents ouvrages et journaux médicaux que j'ai parcourus pour y puiser les principaux éléments de mon travail inaugural (1), j'ai pu réunir environ 140 observations de laparotomie. Leur publication détaillée me ferait sortir des limites d'une thèse ordinaire, mais je vais essayer, et ce sera là mes conclusions, de les résumer au point de vue du résultat opératoire et thérapeutique.

Nous diviserons, pour plus de clarté, nos observations en deux groupes : laparotomies pour causes d'invagination, 23 ; laparotomies pour causes quelconques d'étranglement, en dehors de l'invagination, 117. Dans le premier groupe nous avons 23 opérations dont 9 guérisons, 14 morts ; dans le second groupe, 117 opérations dont 49 guérisons et 68 morts, ce qui fait 42 pour 100 de guérison.

Premier groupe. — Sur 23 opérés, 7 sont morts parce que la désinvagination n'a pu être faite, et c'étaient de tout jeunes gens ou des enfants. Chez 5 autres, présentant des accidents très-aigus d'obstruction, intestin congestionné plus ou moins adhérent, la mort arriva très-rapidement par le progrès des symptômes dus à l'étranglement de la partie invaginée. L'acte opératoire ne paraît pas, d'après les observations, avoir influé sur la terminaison qui était fatale et imminente dans tous les cas. Un d'eux survécut 20 heures, les 4 autres enfants (dont 3 âgés de six mois à peine) succombèrent au bout de 5 à 6 heures, quoique la laparotomie pour invagination fût régulièrement menée. Sur les 9 opérés qui restent et furent guéris, nous en trouvons 6 ayant dépassé la vingtième année ; les 3 autres étaient encore des enfants dont l'un avait deux ans, l'autre sept mois, le troisième six mois. Trouvons-nous dans l'état de l'intestin, dans la marche des accidents quelque fait digne d'intérêt et qui puisse nous faire soupçon-

(1) Revue de Hayem ; thèse de Peyrot, année 1880, Paris ; Gazette hebdomadaire ; Gazette des hôpitaux ; Progrès de Lyon, etc., etc.

ner pourquoi ces 3 enfants ont survécu ? Peut-être : l'enfant de sept mois était dans un état extrêmement grave au moment de l'opération, mais les accidents ne duraient que depuis 12 heures ; le troisième se trouve à peu près dans le même cas ; on les opère immédiatement après le début des accidents, le dégagement de l'intestin est facile quoique ce dernier soit un peu gonflé, rigide ; chez le troisième enfant l'intestin était sain et libre d'adhérences.

Ainsi, brièveté remarquable ou absence complète des accidents aigus, voilà ce que nous trouvons chez les trois enfants guéris. Les quelques renseignements que je puis avoir sur les six adultes permettent aussi d'attribuer ce résultat heureux au peu de durée des accidents quoique ceux-ci ne puissent être supportés plus facilement par l'adulte que par l'enfant, sans devenir la source de graves accidents.

Les deux autres enfants sur lesquels nous n'avons pas de renseignements ont succombé.

Deuxième groupe. — Les observations que nous avons eues entre les mains nous ont fourni dans 98 cas seulement des renseignements suffisants pour que nous puissions les faire entrer en ligne de compte dans l'analyse qui suit.

Le but de l'opération a été atteint dans 74 cas ; c'est-à-dire que l'obstacle a été rencontré et levé de façon à ce que les matières intestinales pussent reprendre leur cours normal.

Tableau des 117 cas divers d'étranglement.

1° Réduction des hernies en masse, bride agissant après la réduction : 16 cas. — 10 guérisons, 6 morts.

2° Hernies internes : 6 cas. — 3 guérisons, 3 morts.

3° Brides, diverticules, appendices : 31 cas. — 8 guérisons, 23 morts.

4° Anneaux accidentels : 4 cas. — 1 guérison, 3 morts.

5° Adhérences à d'autres organes ou d'anses entre elles : 9 cas. — 5 guérisons, 4 morts.

6° Volvulus, torrions : 15 cas. — 3 guérisons, 12 morts.

7° Compression extérieure, entéro-péritonite suppurée : 3 cas. — 3 guérisons, 0 mort.

8° Concrétion intestinale : 2 cas. — 1 guérison, 1 mort.

9° Corps étrangers : 7 cas. — 6 guérisons, 1 mort.

10° Tumeurs et rétrécissements : 15 cas. — 6 guérisons, 9 morts.

11° Etranglement mal défini de nature restée inconnue, par fente à travers le rectum : 9 cas. — 3 guérisons, 6 morts.

Il résulte de ce tableau que la laparotomie faite contre la hernie qui a subi la réduction en masses est une de celles qui donnent les meilleurs résultats : 65 pour 100 de succès.

Ce fait est la conséquence naturelle, croyons-nous, de la précision relative du diagnostic dans ces cas. En général, les chirurgiens perdent ici moins de temps ; ils savent qu'ils ont une hernie sous la main et ils agissent aussitôt. Peut-être aussi le traumatisme chirurgical est-il moins considérable.

Grands succès dans l'ablation des corps étrangers, à moins que ces derniers, par leur longue présence n'aient provoqué des accidents subaigus.

Les étranglements par brides, diverticules, anneaux accidentels, nous fournissent la même proportion de succès et d'insuccès. Dans ces cas la période d'étranglement a été de 6 à 7 jours en moyenne, c'est-à-dire plus longue que chez les autres opérés, aussi succès relativement moindres.

Le moment où la mort se produisit dans les faits que nous considérons ne manque pas non plus d'importance ; sur 18 cas bien connus, on trouve :

5 fois	l'opéré mourut au bout de quelques heures.
8 fois	— — — avant 12 heures.
1 fois	— — — entre 12 et 15 heures.
2 fois	— — — 18 heures.
2 fois	— — — 24 heures.

« Personne n'attribuera des morts aussi rapides au seul traumatisme opératoire. N'est-il pas évident qu'elles sont en partie sous la dépendance de l'étranglement lui-même, et que celui-ci se termine là par épuisement général et trouble universel des actes réflexes, de la même façon que le fait l'étranglement herniaire. Il faut remarquer les bons résultats que donne la laparotomie employée à supprimer des compressions par tumeur, ou à détruire des adhérences de diverses natures. Une part de succès revient sans doute, dans les cas de ce genre, à ce que les phénomènes de l'obstruction restent, sous l'influence de ces causes, plus modérés.

« C'est pour la même raison, en partie du moins, que nous voyons les

« tumeurs de l'intestin entraîner relativement moins de dangers à la suite
« de la laparotomie que beaucoup d'autres formes d'étranglement. Voici 5
« cancéreux guéris sur 12, et remarquez que ces malades n'ont pas subi
« la laparotomie simple. L'un d'eux, l'abdomen encore ouvert, subit la
« colotomie lombaire pour faire rentrer la masse intestinale gonflée. Un
« second supporte par surcroît la résection de 12 centimètres d'intestin.
« Un anus contre nature est ouvert chez les deux autres. Ils guérissent
« pourtant.

« Là où l'intervention réussit le moins, c'est dans le volvulus où on a
« une proportion de 13 pour 100 seulement. La grande difficulté dans ces
« cas est de trouver le volvulus même après l'ouverture de l'abdomen. »

En examinant attentivement les résultats de ces différents cas de laparotomie, on en arrive selon moi à cette constatation que l'acte opératoire est en général innocent de la mort. Chez les malades qui succombent rapidement, la mort doit être attribuée à l'achèvement d'un épuisement nerveux déjà fort avancé. Dans d'autres cas elle se rattache la plupart du temps à des lésions inflammatoires en rapport avec l'obstacle, lésions qui continuent malgré l'opération ; par exemple les parties invaginées étaient très-enflammées. Ou bien en troisième lieu, la mort arrive par accidents locaux tels que péritonite, pneumonie, érysipèle phlegmoneux, bronchite, infection purulente, etc. Pour conclure, la laparotomie a d'autant plus de chance de succès qu'elle est faite plus rapidement, avant que les malades ne présentent d'accidents aigus ou même subaigus, si c'est possible, car on évite ainsi l'affaiblissement progressif et le collapsus. Et en effet ceux-ci témoignent bien plus des progrès du mal et de la dépression qui en a été la conséquence que de l'ébranlement produit tout à coup sur un organisme déjà bien épuisé.

En résumé, la laparotomie est-elle une opération dangereuse en elle-même, avec ou sans incision du péritoine ? Nous avons cherché dans tout notre travail, non seulement à en montrer la bénignité quand elle faite à propos, mais encore à en faire ressortir les avantages aujourd'hui incontestés. Que dire du cas de Péan qui ouvre l'abdomen, cherche un obstacle qu'il ne trouve pas, referme la plaie en pratiquant un anus artificiel qui guérit au bout de quelques jours ? Que dire encore du cas de Buchanan où, la laparotomie ne permettant pas de découvrir une cause à l'arrêt des matières fécales, on suture purement et simplement la plaie, et où l'on

voit le malade guérir très-rapidement de l'opération et de l'obstruction ? Nous ne voulons pas dire que la laparotomie est toujours inoffensive ; mais avec le pansement de Lister, l'incision de la paroi abdominale et du péritoine sains est loin d'être presque nécessairement, comme le voulait l'ancien préjugé, un arrêt de mort.

Vu :

Le Président de la thèse,

CHRÉTIEN.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 29 juillet 1882.

Le Recteur,

MAURIN.

